# Les eczémas

## 1) Introduction :

- Mot d'origine grecque : écoulement bouillonnant
- La plus fréquente des dermatoses inflammatoires

## 2) Définition :

- Dermatose prurigineuse
- Volontiers récidivante

| Caractéristiques cliniques | Caractéristiques histologiques |
|---|---|
| ▪ Erythème<br>▪ Vésicules<br>▪ Suintement<br>▪ Croutes<br>▪ Desquamation | ▪ Vésiculation<br>▪ Spongiose<br>▪ Exocytose<br>▪ Exosérose<br>▪ Œdème<br>▪ vasodilatation |

**<u>Etude de la forme commune :</u>**

## 3) La clinique :

- Le prurit : précède accompagne et suit les lésions
- L'eczéma aigu évolue en quatre phases successives, le plus souvent intriquées :

| | |
|---|---|
| phase érythémateuse | ▪ placard érythémateux<br>▪ bords émiettés |
| phase vésiculeuse | ▪ vésicules remplies de liquide clair |
| phase suintante | ▪ rupture des vésicules<br>▪ écoulement et coagulation des sérosités (croutes) |
| phase desquamative | ▪ Chute des croutes<br>▪ Guérison sans cicatrice |

## 4) Histologie :

❖ Epiderme :

- SPONGIOSE : petites cavités dans l'épiderme
- VESICULATION: Cavités faisant saillie à la surface cutanée
- EXOSEROSE: Arrivée à l'épiderme de sérosités à partir des vaisseaux dilatés du derme
- EXOCYTOSE : Arrivée à l'épiderme des cellules inflammatoires à partir des vaisseaux dilatés du derme

❖ Derme :

- Œdème
- Infiltrat inflammatoire cellulaire
- Vasodilatation

Classification :

A/ ECZEMAS EXOGENES : Eczéma de contact

B/ ECZEMAS ENDOGENES : Dermatite atopique

## Eczéma de contact

**1) Définition :**

- Une dermatose inflammatoire
- Due à une sensibilisation à des *substances* en contact avec le revêtement cutané.
- Sensibilisation antérieure
- Distinguer de la dermite irritative : Pas de phénomène immunologique

**2) Epidémiologie :**

- la prévalence: entre 2 et 10 % de la population.
- Les allergènes les plus fréquents sont les métaux (nickel++++)
- sexe : plus fréquent les femmes

**3) Les formes cliniques :**

❖ **formes topographiques :**

| | |
|---|---|
| **Cuir chevelu** | ▪ lésions érythémateuses très prurigineuses<br>▪ suivies d'une desquamation importante alopécie transitoire<br>▪ Shampooing, Teintures capillaires |
| **Eczéma des paupières** | ▪ Associé a une attente des conjonctives |
| **Eczéma du cou** | ▪ manuportée au vernis à ongle,<br>▪ L'allergie de contact ou l'allergie aéroportée aux parfums<br>▪ Le nickel |
| **Eczéma du visage** | ▪ contact direct<br>▪ allergène manuporté ou aéroporté photoallergie. |
| **Eczéma des lèvres** | ▪ chéilite de contact allergique<br>▪ prurit avec sensation de cuisson. |
| **Eczéma de la langue** | ▪ Exceptionnelle !!! aspect rouge vernissé œdémateux |
| **Eczéma des mains** | ▪ professionnel +++<br>▪ une dysidrose<br>▪ une allergie aux gants. |
| **Pulpite** | ▪ en laboratoire dentaire ou en imprimerie |
| **Eczéma péri anal et eczéma génital** | ▪ médicamenteux (contexte de prurit, d'hémorroïdes)<br>▪ Les épices<br>▪ le papier toilette humide (conservateurs, parfums) |
| **Eczéma des pieds** | ▪ aux chaussures surtout humides |
| **Eczéma des plis** | ▪ une allergie vestimentaire (colorants, apprêts). |
| **Eczéma généralisé** | ▪ peut être un eczéma de contact étendu<br>▪ Ou un eczéma d'origine interne |

❖ **Eczémas particuliers**

1-ECZÉMA AÉROPORTÉ

- Dans les plis cutanés : les rides du front, les sillons nasogéniens, Les zones rétro auriculaires
- de parfums, de vapeurs diverses
- les sels de chrome du ciment, les résines époxydiques.
- La sciure de bois, les médicaments

2- ECZÉMA PHOTOALLERGIQUE

- Les zones exposées sont prioritairement atteintes Lorsque : le visage
- les plis du visage sont épargnés aussi, la zone sous-mentonnière la zone rétroauriculaire
- Les molécules en jeu ne donnent pas de réactions lorsqu'elles n'ont pas été exposées à la lumière.

3- ECZÉMA MANUPORTÉ

- Il se rencontre principalement au visage et plus spécifiquement aux paupières mais peut, se localiser n'importe où.
- Un exemple classique est l'allergie à **la résine tosylamide formaldéhyde** des vernis à ongles.

4- ECZÉMA PAR VOIE INTERNE : *systemic contact dermatitis*.

- un eczéma déclenché par la prise d'un médicament par voie générale (CTC, AINS, Aminoside)
- Sensibilisation antérieure par voie topique

**❖ Formes évolutives**

| | |
|---|---|
| Eczema aigué | érythémato-oedémateux, vésiculeux, vésiculobulleux suintant |
| chronique | plaques erythémato-sqameuses sèche |
| lichénifié | plaques érythémateuses, épaissies, quadrillées |

**❖ formes étiologiques :**

**1/ Eczéma de contact d'origine professionnelle**

- Chronologie évocatrice de l'origine professionnelle :
  - Repos et congés → Amélioration, guérison.
  - Reprise du travail → Récidive.
- Professions manuelles +++.

| | |
|---|---|
| Cimentiers, maçons | Ciment (gale de cimentiers) |
| Agriculteurs, Jardiniers, Eleveurs | Pesticides Produits de jardinage Aliments du bétail |
| Coiffeurs | Nickel, PPD, Teintures, Shampoing |
| Cordonniers | Résine, colle, caoutchouc |
| Imprimeurs | Encre |
| Mécaniciens | Huiles, lubrifiants |
| Personnels de santé | Antiseptiques ATB Localaux, Gants en latex |

**2/ Eczéma de contact d'origine cosmétique**

- Produits cosmétiques appliqués sur le visage
- Vernis à ongle : Résine toluène
- Cheveu et cuir chevelu : Teintures capillaires.
- Autres: Dépilatoires, déodorants

**3/Eczéma de contact d'origine médicamenteuse**

- Antiseptiques mercuriels, formol
- les aminosides : Gentamycine Néomycine.
- Baume de Pérou : tulle gras, crème protectrice. .
- Les AINS les Corticoïdes locaux

**4/Eczéma de contact d'origine vestimentaire**

- Vêtements, chaussures, gants, lunettes et autres accessoires vestimentaires.
- Nickel +++ bijoux, montres

**5/ Divers** : Préservatifs Orthèses, prothèses

**4) Physiopathologie :**

- Réaction d'hypersensibilité retardée type IV
  - ❖ PHASE DE SENSIBILISATION OU D'INDUCTION : 1$^{ER}$ CONTACT
    1) se déroule en 5-7 jours
    2) asymptomatique
    3) L'haptène est internalisée par les cellules de Langerhans
    4) Exposition de l'haptène a la surface lié à des molécules du CMH I et II
    5) Migration vers les ganglions régionaux
    6) Présentation de l'haptène aux LT des régions paracorticales
    7) Production des cytokines : IL 2
    8) Génération des LT mémoire
    9) Prolifération et dispersion dans l'organisme, plus spécialement dans la peau

❖ PHASE DE RÉVÉLATION Lors d'un nouveau contact
1) Se fait en 24-48 h
2) Symptomatique
3) la réintroduction de l'haptène
4) les cellules de Langerhans présente l'haptène aux LT sensibilisés
5) production de l'INF
6) Vasodilatation, œdème et recrutement des cellules inflammatoires par (exoserose et exocytose)
➔ cette fois, la rencontre pourra se faire dans le derme (sur place)

**5) Diagnostic positif :**

❖ Eléments anamnestiques :
1) ATCD d'allergie de contact.
2) Profession
3) Habitudes vestimentaires, cosmétologiques.
4) Prurit.

❖ Éléments sémiologiques :
- Caractères de la lésion
- Topographie initiale.
- Chronologie d'apparition

❖ Histologie: En cas de doute.

❖ tests épicutanées : patch tests
1. reproduire la lésion de manière expérimentale en appliquant des produits particuliers standardisés
2. Application sur la **peau saine du dos**
3. **sous occlusion** pendant 48 h => **lecture à la 48e h** (au retrait des patchs)
4. orientées en fonction de l'interrogatoire
5. **Si suspicion eczéma par photosensibilisation de contact** : photo patch-test
6. La réaction d'eczéma est évaluée selon les critères proposés par l' ICDRG :

| – | Test négatif |
|---|---|
| +/- Réaction douteuse | Réaction douteuse discret érytheme |
| + Réaction légère | Réaction légère ; érythème, oedème, infiltration légère |
| ++ Réaction forte | Réaction forte ; érythème, oedème, infiltration et vésicules |
| +++ Réaction très forte | Réaction très forte ; érythème, oedème, infiltration, vésicules confluentes, bulles |
| IR | Test irritatif |

7. Une seconde lecture se fera à la 72h si test négatif

| Faux positifs | Faux négatifs |
|---|---|
| Produit irritatifs<br>Vasodilatation: corticoïdes<br>excipient | Concentration faible du produit<br>Produits ne passant pas la barrière cutanée<br>Lecture précoce |

**6) Diagnostic différentiel :**

- **Au stade d'érythème :**

1) Dermite d'irritation (irritative)

| | Eczéma | Dermite d'irritation |
|---|---|---|
| Lésions cutanées | Bords émiettés | Bords nets<br>Papule plutôt que vésicule |
| Topographie | Peut déborder la zone de contact | Limitée à la zone de contact |
| Symptomatologie | prurit | brulure |
| Histologie | Spongiose, exocytose | Nécrose épidémique |
| Tests épicutanés | Positifs (lésion d'eczéma) | Négatif ou irritation |

2) Urticaire : papules érythémateuses, fugaces et migratrices
3) Erysipèle
4) Lucite polymorphe

- **Au stade vésiculo-crouteux**

1) Dermatite herpétiforme.
2) Dermatite à IgA linéaires.
3) Pemphigoide bulleuse.
4) Dermatose acantholytique de GROOVER

- **Au stade de desquamation**

1) Parakératose.
2) Psoriasis.
3) Dermatophyties de la peau glabre.

**7) évolution – pronostic :**

- quand l'agent allergisant est identifié, son éviction entraîne en règle générale la guérison
- possibilité de chronicité avec prédominance des lésions sèches parfois lichénifiées.
- signes de mauvais pronostic :
  - mauvais niveau socio-économique.
  - le caractère ubiquitaire de l'allergène responsable.
  - association à une dermite d'irritation.

**8) complications :**

- surinfection : fréquente surtout dans la forme aigue.
- Erythrodermie possible mais exceptionnelle.
- Lichénification

**9) Traitement**

- Seule l'éviction de l'allergène permet la guérison
- arrêt de travail si allergène professionnel
- en cas de poussée : Dermocorticoïdes +++
  - ➔ En application locale
  - ➔ Dose dégressive 2x/j puis 1x/j puis 1x/2j
- TRT des complications :
  - ➔ ATB en cas de surinfection

- Corticothérapie générale: n'a pas de place dans l'eczéma

# Dermatite atopique :

1) **Définition :**
   - La DA est un des composants de la « maladie atopique »
   - L'atopie est une prédisposition personnelle et/ou familiale d'origine génétique à produire des anticorps d'isotype IgE lors de l'exposition à des allergènes environnementaux DA (peau), asthme (bronches), rhinite (ou rhino conjonctivite) allergie alimentaire (muqueuse digestive)
2) **Physiopathologie :** interaction entre :
   - des facteurs environnementaux et inflammatoires;
   - un terrain génétique prédisposant (anomalies de la barrière cutanée)
   - ❖ **facteurs génétiques**
   - 50 à 70 % des patients atteints de DA Ont un parent atteint de DA, Asthme, Rhinite allergique
   - le mode de transmission est inconnu: (polygénique)
   - perte de fonction du gène de la filaggrine
   - ❖ **Facteurs immunologiques**
   - la réaction d'hypersensibilité retardée
   - la libération de cytokines par les lymphocytes qui est responsable des lésions d'eczéma;
   - les éventuels allergènes environnementaux qui sont potentiellement responsables mais non connus;
   - ❖ **Anomalies de la barrière épidermique:**
   - expliquent la sécheresse cutanée et justifient l'utilisation d'émollients
   - ❖ **Facteurs environnementaux**
   - 10 à 20% des enfants dans les pays, industrialisés à niveau socio-économique élevé
   - théorie hygiéniste : la diminution de l'exposition aux agents infectieux est responsable de modifications de la régulation du système immunitaire inné
3) **Aspect clinique:**
   - une dermatose vésiculeuse
   - Les vésicules sont en fait exceptionnellement visibles, macroscopiquement.
   - caractère suintant et croûteux des lésions.
   - Un épaississement de l'épiderme (lichénification)

   **A. Nourrisson et jeune enfant (jusqu'à deux ans) :**
   - début précoce vers 3 mois parfois tôt
   - Aspect des lésions: selon le moment de l'exam (évolution par poussées aiguës ou subaiguës )
     - ❖ Les lésions aiguës:
       - ▪ mal limitées, érythémateuses, suintantes puis croûteuses
     - ❖ Les formes mineures et chroniques
       - ▪ sont peu inflammatoires
       - ▪ responsables d'une rugosité cutanée (sécheresse ou xérose) des convexités
   - Un fond de sécheresse cutanée permanent
   - Topographie des lésions
     - ▪ les zones convexes du visage (avec un respect de la région médio-faciale)
     - ▪ des membres
     - ▪ le tronc et les plis dans les formes étendues sous les couches
     - ▪ le siège est habituellement épargné.
     - ▪ Sur le cuir chevelu il peut exister
       - une atteinte d'allure **séborrhéique**
       - avec des squames jaunâtres et grasses «**croûtes de lait**»
   - Le prurit important et responsable de troubles du sommeil.
   - Le grattage: frottement des joues contre les draps et les vêtements, agitation

**B. Chez l'enfant de plus de deux ans**

- topographie:
  - aux plis (coudes, creux poplités, cou et fissures sous auriculaires +++)
  - dans certaines zones «bastion» : mains et poignets, chevilles, mamelons où elles persistent de façon chronique et parfois isolée.
  - Au visage, des lésions hypopigmentées, finement squameuses :
    - «eczématides»
    - «dartres achromiantes»

**C. Chez l'adolescent et l'adulte**

- La DA persiste rarement chez le grand enfant, et s'aggrave à l'adolescence
- en général le même aspect que chez l'enfant de plus de 2ans.
- autres formes possibles :
  - un tableau de prurigo, prédominant aux membres ou avec une prédominance au visage et au cou «head and neck dermatitis»
  - Tableau polymorphe
    1. papulovésicules
    2. Prurigo
    3. Dyshidrose
    4. eczéma nummulaire.
    5. xérose cutanée majeure

**4) DIAGNOSTIC POSITIF :**

**A. Interrogatoire:**

1. ATCD d'atopie chez un parent du 1er degré.
2. ATCD personnels d'allergie alimentaire, d'asthme ou de rhino-conjonctivite allergique
3. Prurit
4. Chronicité, début précoce dans la vie, évolution par poussées

**B. Clinique**

- Topographie évocatrice
- Lésions de grattage, lichenification

**C. Paraclinique:**

- Une éosinophilie
- une augmentation des IgE sérique
- Histologie : image d'eczéma sans particularités
- Examens paracliniques orientés:
  - prick-tests cutanés: Suspicion d'allergie alimentaire associée : aggravation de la DA après ingestion d'un aliment
  - dosage des IgE sériques spécifiques et prick-tests : asthme ou allergie alimentaire
  - tests épicutanés ou patch tests: ECA associé

**5) diagnostic différentiel :**

| Nourrisson | Enfant, adolescent, adulte |
|---|---|
| Dermatite séborrhéique<br>Gale<br>syndrome de Buckley | Gale<br>Psoriasis<br>Eczéma de contact |

**6) Evolution-complication :**

- **les surinfections cutanées bactériennes :** Le staph doré
  - présence de lésions vésiculo bulleuses inhabituelles fera évoquer le diagnosticL'
- **Surinfection herpétique: parfois dramatiques.**
  - Une modification rapide de l'aspect des lésions avec présence de : vésiculo pustules, de lésions nécrotique avec de la fièvre
  - Traitement antiviral urgent : un tableau de pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg
- **retard de croissance** rare
  - Doit faire suspecter une allergie alimentaire
  - Se corrige après traitement de la DA
- **Eczéma de contact :**
  - Sensibilisation aux topiques émollients surtout conservateurs et parfums
- **Complications ophtalmologiques: Kératoconjonctivites**

**7) Traitement**

1. Information et éducation thérapeutique
   - Habillement: éviter les vêtements irritants (laine)
   - Éviter l'exposition au tabac.
   - Eviter la sudation : maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit
   - Douche et émollients : hydratation en continu
   - Se méfier des infections herpétiques
2. Traitement des poussées : Dermocorticoïdes
3. Autres TRT :
   - Inhibiteurs de la calcineurine topiques
   - Antihistaminiques oraux (anti-H1): effet sédatif surtt si prurit !!!
   - Antiseptiques et ATB locaux ou systémique
   - Syndrome de Kaposi-Juliusberg urgence +++
   - ➔ aciclovir IV en urgence

❖ pas de place pour la corticothérapie générale